

## О НЕГАТИВНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

*Уральский государственный университет им. А.М. Горького,  
г. Екатеринбург*

Термин *«негативная терапевтическая реакция»* ввел Фрейд в 1923 году для обозначения ситуации, когда в ответ на высказанное аналитиком удовлетворение прогрессом пациента тому становится хуже, его симптомы обостряются [1]. Вместе с клиническим описанием этого явления Фрейд предложил и объяснение — улучшение представляет угрозу для чрезмерно строгой совести пациента (суперэго), он испытывает бессознательное чувство вины и прибегает к самонаказанию в виде возвращения или эскалации болезненного состояния. Фрейд полагал, что такие пациенты изначально обладают особым мазохистским складом характера.

Понятие быстро вошло в обиход психоаналитиков, однако мнения авторов разделились — одни предлагали считать негативной терапевтической реакцией (НТР) только те случаи, которые подходили к объяснительной модели Фрейда, другие пользовались обобщенным описанием ситуации, находя иные контексты и интерпретации. Второй подход оказался более плодотворным, тем более что и сам Фрейд, признавая практическую полезность «стремления к наказанию» для толкования пациенту, указывал на психологическую некорректность понятия «бессознательной вины».

Обобщая многие последующие работы, мы определим негативную терапевтическую реакцию как ситуацию, когда в процессе терапии после определенного улучшения, облегчения, которое чувствует пациент, у него наступает заметная регрессия, ухудшение симптоматики (прежней или новой) или он оставляет терапию. Имеет место фиксированная последовательность улучшения-ухудшения, что позволяет отделить НТР от других форм сопротивления [2]. Здесь, впрочем, уже могут возникнуть вопросы — кто и как определяет наличие улучшения, согласен ли аналитик с тем, что, испытывая субъективное облегчение, пациент улучшает собственное функционирование, но сейчас мы оставим их в стороне.

В последующие годы появились разнообразные модели НТР. Во-первых, такие ситуации трактовались как технические ошибки аналитика, начиная с мнения В. Райха, что это просто следствия упущенного терапевтом, непроанализированного негативного переноса [3]. Более современные версии соответствующих теорий указывают на неконструктивные (ошибочные же) технические подходы в целом — например, критика классического

объективизма с точки зрения посткохутовской теории интерсубъективности, где НТР рассматривается как продукт навязывания пациенту взглядов аналитика [4]. Первоначальная формулировка Фрейда как раз уязвима для подобного рода критики. Однако, несмотря на явное существование таких проблем и случаев, это толкование выводит нас за рамки собственно НТР и, как показывает практика, оказывается недостаточным.

Во-вторых (и таких моделей больше всего), НТР рассматривается как производная особенностей психики пациента. Это отвечает большинству классических подходов в психоанализе и позволяет порой получать эффективные клинические результаты. Существует определенная опасность того, что подобные интерпретации могут использоваться в качестве извинений психоаналитика за собственную несостоятельность («перекладывание с больной головы на... другую»).

Третий класс моделей составляют те, что основаны на взаимодействии терапевта и пациента. Коммуникационный анализ Роберта Лэнгса рассматривает травматические реакции пациента на какие-то определенные аспекты поведения аналитика или даже на саму психоаналитическую ситуацию (парадоксально — на поддерживающий контекст) [5, 6]. С другой стороны, варианты, когда НТР провоцируется действиями аналитика или нам сложно выявить составляющие транзакции в контексте интерсубъективности. Эти модели и их практические следствия, пожалуй, наименее всего изучены.

Имеются более или менее известные обобщения подходов к данному явлению [7, 8]. Одним из удобных вариантов категоризации теорий НТР является классический список Роберта Лэйна [9, 10]. В каждом конкретном случае возможно соединение нескольких типов реакции.

1. Самокритичный, мазохистский тип личности с подавленным садизмом. Такие пациенты испытывают сильную бессознательную вину по поводу собственной ярости в отношении значимого объекта (в первую очередь, депрессивной матери). Они вынуждены терпеть преследование внутренних садистических объектов (чересчур суровое суперэго) и занимают относительно них мазохистскую позицию [1, 11, 12].

2. Острое соперничество за обладание эдиповым объектом, эдипальная вина. Эти пациенты страдают от бессознательной вины за опасные эдиповы влечения. Терапевтический успех воспринимается ими как победа их тайных желаний, и они вынуждены наказывать себя, разрушая результаты терапии [1, 13].

3. Страх критики в форме возмездия. Обращение чувства унижения (от интерпретации). Правильная и точная интерпретация

аналитика воспринимается такими пациентами как обвинение, заставляя чувствовать свою беспомощность. Они мстят терапии, атакуя его эффективность собственной неуспешностью. Успех терапии рассматривается ими как угроза другим людям, они боятся зависти и преследования с их стороны (того, что они сами испытывают по отношению к успеху других) [2, 14, 15].

4. Потребность в совершенстве, компенсация превосходства (месть аналитику-родителю, садистическая защита от подчиненности (детской) роли пациента). Такие пациенты стремятся любой ценой утвердить свое превосходство. Роль пациентов их унижает, они непрерывно создают трудности аналитику своей обидчивостью, завышенными требованиями и негативизмом. Они обороняют свою нарциссистическую уязвимость, боятся чувства стыда и потери контроля [8, 16].

5. Зависть и соперничество, страх зависимости (и беспомощности — проекция на аналитика). Эти пациенты испытывают зависть к аналитику и стремятся уничтожить все хорошее, что может дать терапия [14, 15, 16, 17].

6. Всемогущество как защита против депрессии. Опираясь на гипоманиакальное отрицание и нарциссизм, эти пациенты пытаются контролировать внутренние объекты, защищаясь от суицидальных мыслей. Они пытаются обмануть аналитика, демонстрируя начальный успех (здесь ложным является терапевтический прогресс) [16, 18].

7. Негативность как защита против слияния; страх отвержения (независимость от контроля аналитика и, наоборот, защита от сепарации). Такие пациенты защищаются от угрозы симбиотического слияния, потери идентичности, их поведение подобно детскому в фазе «негативизма». С другой стороны, имеется регрессивное стремление к нему и страх сепарации [12, 19].

8. Привязанность к болезненным эмоциям, потребность страдать, чтобы обеспечить любовь и чувствовать себя живым («целостным»). Для таких пациентов страдание — единственный способ обеспечить внимание значимых людей, отсутствие боли для них равнозначно смерти [20].

9. Потребность поддерживать, спасать и исцелять поврежденные внутренние объекты. Пациенты чувствуют невыносимую вину за разрушение собственных внутренних объектов, пытаясь возместить им нанесенный ущерб. Образ депрессивной (разрушенной) матери проецируется на аналитика [15, 18].

10. Контрперенос реактивного типа: негативный контрперенос подпитывает негативность пациента (взаимодействие, эмпатическая неудача) [4, 5, 19]. Какие-то (пусть достаточно тонкие) действия аналитика провоцируют или усиливают соответствующую

реакцию. Нужно отметить, что обычно природа этих действий не проясняется — здесь трудно выделить универсальные паттерны. Наиболее явно встречается указание на переживание аналитиком ярости [19], да и то, скорее, в качестве ответа на возникшую НТР (углубляющего негативную реакцию пациента).

Данный список не вполне исчерпывающ. Более обширный вариант был представлен в докладе на конференции УрПАО осенью 2006 г. Там же дополнительно подчеркивались желаемая инфантилизация (уход от ответственности) как основа НТР, интересубъективность и контуры технических рекомендаций [21]. В целом, представляется резонным говорить о разных типах НТР и использовать для их понимания разные, подходящие к случаю модели.

Здесь мы предлагаем к рассмотрению вариант интерпретации НТР, объединяющий несколько категорий Лэйна и включающий в себя более разработанное описание взаимодействия аналитика с пациентом — в рамках клейнианского подхода.

В клейнианской традиции НТР стандартно трактуется как следствие чрезмерной зависти, которая принуждает пациента агрессивно атаковать и разрушать то хорошее, что он получает от аналитика, в частности сам успех психотерапии. Архаическая примитивная зависть — производная влечения к смерти, и НТР, таким образом — тоже порождение саморазрушающей агрессии. Фрейд так же интерпретировал природу этого клинического явления, более того, оно послужило ему одной из отправных точек для формулировки самого понятия врожденного влечения к смерти.

Такая трактовка НТР (практически визитная карточка клейнианского анализа) хорошо подходит в случаях тяжелых, пограничных или психотических расстройств (можно вспомнить ее активную эксплуатацию Бионом [22]). Однако НТР имеет более широкую базу для своих проявлений, и мы можем рассмотреть **репарационную теорию** ее возникновения, связанную с более зрелыми процессами депрессивной позиции.

Впервые эта точка зрения была высказана Джоан Ривьер в 1936 году, впрочем, в довольно размытой форме — она и понятие НТР расширяла до любых проявлений сопротивления суперэго [18]. Ее также развивал Г.Розенфельд [15], но в целом она была скорее вытеснена более поздними формулировками М. Кляйн. Репарация, тем не менее — важнейший процесс в аналитической терапии [23].

В рамках параноидно-шизоидной позиции младенец устанавливает отношения с частичными объектами («часть — объекты»), их восприятие искажено проекциями, они расщеплены

на «плохие» — преследующие, и «хорошие» — обеспечивающие заботу. Их свойства определяются, скорее, не реальными характеристиками, а психическими потребностями ребенка. Врожденное стремление к интеграции восприятия (как производная либидного влечения) постепенно порождает чувство целого объекта, что позволяет снизить интенсивность параноидных тревог и знаменует переход к депрессивной позиции. Но при этом возникает проблема контейнирования собственной агрессии, которая, как обнаруживается теперь, направлена не на отщепленный «плохой» объект, а на весь целиком, то есть и на «хороший», от которого зависит выживание ребенка. У младенца развиваются страх потери объекта (матери) и депрессивное чувство вины за свои деструктивные атаки. Преодолеть их помогают репарационные фантазии, в которых объект способен пережить нанесенный ему вред и сохранить любовь к младенцу, и связанные с ними репаративные жесты, направленные на возмещение причиненного ущерба. Репарацию мы рассматриваем в самом широком смысле слова — как восстановление «хорошести» объекта. Сама Мелани Кляйн в немецких текстах использовала термин *Wiedergutmachung* — буквально, «сделать что-то хорошим снова» [24]. Следовательно, принятый в ряде русских переводов термин «возмещение» нужно признать слишком ограниченным.

В работе «Скорбь и ее отношение к маниакально-депрессивным состояниям» [25] Кляйн описывает три формы репарации — маниакальную, обсессивную и настоящую (истинную) репарацию. *Маниакальная* форма фантастична и отрицает как реальные отношения с внешним объектом, так и отдельную психическую реальность субъекта. Ее цель — избежать чувств вины и потери, в ней отсутствует забота об объекте — он не стоит любви и, следовательно, не может быть интернализован как «хороший». *Обсессивная* также апеллирует к всемогущему контролю, требует навязчивого повторения и бесплодна (если связывать репаративную функцию с генитальной, как это делала Кляйн, данную форму можно сравнить с навязчивой мастурбацией). *Настоящая репарация* аналогична здоровому процессу скорби и основана на чувстве реальности.

Эти виды можно рассматривать и как (более или менее обязательные) этапы развития репарационной способности индивида — от архаических форм к зрелым. Если примитивные варианты являются защитами, то развитые формы связаны с сублимацией (сублимация включает в себя репарацию, хотя обратное неверно — например, сексуальная деятельность может быть репарационной). Отнюдь не мгновенный переход от параноидно-шизоидной позиции к депрессивной обусловлен как раз постепенной

трансформацией репарационной способности ребенка, успехи которой обеспечивают обратную связь и поддержку самого процесса. Применение психологических защит (в частности, псевдорепарационных) позволяет сохранить (нередко, мнимую) стабильность психической организации, но не способствует развитию, интеграции и трансформации. Зрелая же репарация представляет собой адаптацию к реальности и активирует личностный рост.

В самом общем случае обращение человека к психоаналитику включает запрос на репарационный процесс — «превращение» текущей «плохой» ситуации в «хорошую» с повышением реалистичности и снижением импульсивности поведения. Причем (более или менее бессознательные) ожидания пациента, как правило, сфокусированы на варианте маниакальной, магической репарации, в то время как аналитик имеет в виду истинную репарацию (душевная боль, скорбь — необходимые компоненты взросления).

Поддержание мира внутренних объектов, столь существенное для психического здоровья, также означает осуществление более или менее успешных репараций. Пациенты используют разнообразные маневры для «оживления» внутренних объектов (которые конструируются частично на основе восприятия внешних объектов, а частично — на основе проекций, модифицирующих объект в соответствии с фантазиями субъекта), от чего нередко зависит ощущение их собственной живости. На психотическом уровне эти маневры часто прямо отражаются в симптомах, убеждениях и ритуалах, на невротическом — более завуалированы, но могут стать очевидными в процессе анализа.

Один из ключевых моментов терапии — явная или скрытая **атака** пациента на терапевта. Выживание объекта после агрессивной атаки субъекта на него может быть воспринято как доказательство независимости, реальности этого объекта — то, что описывал Винникотт как необходимый этап в развитии, переход к «использованию объекта» [26]. Такое восприятие включает в себя элемент зрелой репарации. Объект (мать, терапевт) не просто выживает (Винникотт подчеркивает лишь этот аспект), но остается в контакте с субъектом (ребенком, пациентом), несмотря на возможные повреждения от его агрессии. Такой момент атаки Винникотт считает обязательным этапом в терапии, с которого, собственно, и начинается реальная помощь пациенту — теперь, когда на него, независимого от фантазий субъекта, можно по-настоящему положиться. Сама атака не обязательно носит явный характер, иногда ее позволяет обнаружить лишь повышенная чуткость аналитика. Этот же момент мы считаем ключевым в формировании негативной терапевтической реакции.

Пациент в данном случае осуществляет агрессивную атаку на «хороший» объект — именно это и позволяет осуществиться репарационной динамике. Атака, конечно, может быть направлена и на «плохой», фрустрирующий (реально или фантазийно в рамках паранойи) объект — но в этом случае мы просто наблюдаем (*соучаствуем в нем*) негативный перенос, его проявления не нужно рассматривать как НТР, хотя последствия могут быть поистине разрушительными. Агрессия, направленная на «плохой» объект, всегда чревата возмездием.

Такая агрессия на «хороший» объект (мать), обеспечивающий заботу и дающий те или иные блага, представляет проблему для Винникотта. В отличие от Кляйн он, как и многие другие психоаналитики, не принял фрейдовскую концепцию влечения к смерти, но в данном случае столкнулся с явной «беспричинностью» и «нерациональностью» агрессии. При этом пройти мимо клинических фактов не смог. В своем описании использования объекта (глава «Игры и реальности») Винникотт последовательно уходит от рассмотрения источника агрессии, подменяя каузальные аргументы телеологическими. [23]. Это, впрочем, не избавляет от необходимости определить такой источник. Агрессия направлена на фантазийный объект — до его психического «обнаружения» в реальности (этот акт и позволяет его там найти), и мы волей-неволей выходим на врожденное агрессивное влечение. Можно еще поставить под сомнение влечение именно к смерти, саморазрушительный драйв. Биологи, конечно, обнаружили внутренние механизмы, неизбежно приводящие к смерти любой живой организм (пресловутые «биологические часы»), но совсем не очевидно, что мы можем приравнять биологические и психологические влечения. Однако агрессия, направленная на другого (внешний объект), может иметь вполне понятные эволюционные корни (рефлекс «борьба-бегство»), отражаясь и в бессознательных фантазиях. Также в последнее время в качестве источника базовой агрессии в младенчестве рассматривается и реакция на неизбежную фрустрацию постнатального периода, возникающую в ответ на ожидания удовлетворения, аналогичного автоматическому внутриутробному.

«Априорная» агрессия, направленная на «хороший» фантазийный объект — это **зависть** в понимании М. Кляйн [14]. Таким образом, зависть — универсальный процесс и универсальная примитивная (первичная) фантазия, а не особое деструктивное явление в некоторых субъектах, обусловленное конституционально, по мнению Кляйн. Фантазийность здесь существенна — в магическом мире она позволяет избежать переживаемой «потери» нужного объекта, добываясь при этом его уничтожения. Агрессия

не воспринимается как имеющая последствия, она *не принимает* субъектом, да так, что он об этом и не подозревает (принимать — значит нести ответственность за последствия, а это включает исторический ракурс, возможный лишь в депрессивной позиции). Вину, в свою очередь, вызывает агрессия, направленная на «хороший» объект от которого субъект зависит, то есть тут он может наладить связь с реальностью (если объект реален, независим от нас, мы зависим от него, потому что вынуждены учитывать его — ибо стоит рассматривать лишь значимые объекты). Вина связана с принятием (сознательным или бессознательным) собственной агрессии и ее последствий — повреждений, нанесенных «хорошему» объекту. Для сохранения контакта со значимым объектом субъект использует репарацию — по мере сил возмещает причиненный ущерб. Сил, впрочем, может не хватить, и неизбывная вина породит депрессию. Злокачественная же, архаическая зависть, обнаруживаемая при серьезных расстройствах, знаменует собой неуспешность перехода к зрелому функционированию.

Улучшение состояния пациента в процессе терапии провоцирует попытку перехода в новое качество, попытку сепарации и, как следствие, фантазийную атаку на терапевта (сепарация означает и символическое разрушение, убийство объекта).

Если объект (мать, терапевт) «не выжил» после атаки субъекта (младенца, пациента) — впал в уныние, разозлился, обиделся, испугался и т.п., то есть продемонстрировал явные «повреждения», он остается фигурой внутреннего, фантазийного мира, подлежащей контролю, и оберегается от дальнейшего разрушения (если сохраняет свою значимость для субъекта) за счет торможения функций субъекта — мы сталкиваемся с ухудшением состояния, разворачиванием симптомов и т.д. Этому способствует и последующая интроекция поврежденного объекта, идентификация с ним и, следовательно, НТР. Если объект безнадежно испорчен в фантазии и переходит в разряд «плохих» (персекуторных) — нарастает параноидная динамика со всеми вытекающими.

«Выживание» терапевта приводит к двум исходам, и здесь (как и в случае «не выживания») большую роль играет поведение терапевта, его позиция по отношению к пациенту. Если он, как рекомендует Винникотт, останется непоколебимым в ситуации атаки пациента, создавая такое впечатление, словно ничего не произошло, тот и вправду может воспринять это как доказательство того, что никакой атаки не было — защищаясь от осознания собственных агрессивных импульсов, субъект отрицает внутреннюю психическую реальность. Аналитик провоцирует у пациента иллюзию всемогущества — либо идеального объекта, либо собственного.



Поскольку истинная репарация блокирована, пациент обращается к маниакальной, отрицающей какие бы то ни было повреждения объекта. Она, как известно, никогда не достигает своих целей и, в конечном счете, приводит к той же параноидной динамике. Причем за счет девальвации объекта пациент может впасть в гипоманиакальное состояние и даже псевдосепарироваться на триумфальном подъеме («бегство в здоровье» как вариант НТР).

И только «выживание», позволяющее репарировать объект, подвергшийся атаке, позволяет выдержать возникшую вину и реальность аналитика. Контейнирование агрессии означает не исключительную непоколебимость аналитика в ситуации атаки, а конструктивность, гибкость и непосредственность его реакции. Здесь важно учитывать аспект, а еще точнее, процесс прощения. Аналитик выживает, прощая (то есть принимая *ответственность за поддержание контакта с пациентом после его атаки*). Это позволяет пациенту прощать себя, справляясь с виной депрессивной позиции и осуществляя успешную репарацию внутренних объектов.

Таким образом, НТР является (негативным) результатом проверки готовности аналитической диады к качественному росту и зрелой депрессивной позиции пациента. Конкретные сценарии зависят от особенностей психики и восприятия участников. НТР не нужно воспринимать как поражение в процессе психотерапии, скорее как вариант обратной связи о состоянии дел и указатель направления дальнейшего движения.

То, что максимальное внимание к негативной терапевтической реакции проявляется именно в психоанализе (хотя это явление наблюдается и при других терапевтических подходах), может свидетельствовать лишь о традиционно более углубленном рассмотрении динамики любого психического процесса вообще. Однако можно предположить, что НТР просто чаще провоцируется психоаналитиками — изначально на основе классической нейтральной позиции, а затем, возможно, определенную роль сыграл и авторитет Винникотта, указавшего на важность «выживания», но очень уж похожего на игнорирование.

Гипотеза, конечно, нуждается в дальнейшей проверке. Приведенная интерпретация оказалась полезной в одном собственном случае НТР и в двух супервизиях. Однако это не настолько частое (пусть и значимое) явление в работе одного человека, чтобы делать далеко идущие обобщения, хотя эта модель позволяет согласовать многие теоретические аспекты (важные не только при рассмотрении НТР). Анализ литературы не позволяет проверить или опровергнуть гипотезу — авторы, как правило, просто не описывают конкретные случаи с этой точки зрения. Там же, где

встречается подобное описание, можно видеть ее подтверждение, хотя авторы склонны трактовать сам начальный момент атаки уже как проявление НТР [27]. Реакции ярости в контрпереносе, чаще других описываемые в подобных случаях, также косвенно могут указывать на вышеописанную динамику. С нашей точки зрения, атака (сколь угодно завуалированная) — проверка реальности аналитика и своей способности к репарации, а НТР — результат взаимодействия обеих сторон в ситуации этой проверки. Большую роль играет бдительность терапевта к подобным моментам и его адекватная реакция. Впрочем, терапевтическое исследование уже случившейся НТР также может оказаться прекрасным методом проникновения в глубины психодинамики пациента.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Фрейд З. Я и Оно. В кн. З. Фрейд. Психология бессознательного. Под ред. А.М. Боковикова и С.И. Дубинской. М.: ООО «Фирма СТД», 2006.
2. Horney, K. The problem of negative therapeutic reaction // *Psychoanalysis Quarterly*. — 1936. — Vol. 5, 29–44.
3. Reich W. Character Analysis. New York: Orgone Institute, 1934.
4. Столороу Р., Брандшафт Б., Атвуд Дж. Клинический психоанализ. М.: «Когито-центр», 1999.
5. Langs R. Clinical Practice and the Architecture of the Mind. London, New York: Karnac, 1995.
6. Bonac V. Clinical Issues in Communicative Psychoanalysis // *The International Journal of Communicative Psychoanalysis and Psychotherapy*. — 1993 — 8(4), 115–121.
7. Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса. М.: Смысл, 1995.
8. Olinick S.L. The Negative Therapeutic Reaction // *International Journal of Psycho-Analysis*, — 1964 — Vol. 45, 540–548.
9. Lane R.C. The difficult patient, resistance, and the negative therapeutic reaction: A review of the literature // *Current Issues in Psychoanalytic Practice*, — 1985 — 1(4), 83–106.
10. Lane R.C., Monaco M., Gregson K. The Negative Therapeutic Reaction (NTR): A Review and Synthesis for Practitioners // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. — 1997. — Vol. 27(2), 131–146.
11. Фрейд З. Экономическая проблема мазохизма. В кн. З. Фрейд. Психология бессознательного. Под ред. А.М. Боковикова и С.И. Дубинской, М.: ООО «Фирма СТД», 2006.
12. Asch S.S. Varieties of negative therapeutic reactions and problems of technique // *Journal of the American Psychoanalytic Association*. — 1976. — vol. 24. — 383–407.

13. *Schafer R.* The pursuit of failure and the idealization of unhappiness // *American Psychologist*, — 1984. — Vol. 39. 398–405.
14. *Кляйн М.* Зависть и благодарность: Исследование бессознательных источников. — СПб.: Б.С.К., 1998.
15. *Rosenfeld H.* Negative therapeutic reaction. In: P.L. Giovacchini (Ed.), *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Psychotherapy*, — 1975. — Vol.2. 217–228. New York: Jason Aronson.
16. *Abraham K.* A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. In *Selected papers on psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1955.
17. *Begoin J.F.* The negative therapeutic reaction, envy and catastrophic anxiety // *Bulletin of European Psychoanalytic Federation*. — 1981, 16.
18. *Riviere J.* A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction // *International Journal of Psycho-Analysis*. — 1936. — Vol. 17, 304–320.
19. *Limentani A.* On some positive aspects of the negative therapeutic reaction // *International Journal of Psycho-Analysis*. — 1981. — Vol. 62, 379–390.
20. *Valenstein A.F.* On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction // *In Psychoanalytic Study of the Child*. — 1973. — Vol. 28, 365–392. New Haven, CT: Yale University Press.
21. *Коряков Я.И.* Негативная терапевтическая реакция. Доклад на VI конференции УрПАО, 2006 (не опубликовано).
22. *Гринберг Л., Сор Д., де Бьянchedи Э.* Введение в работы Биона. — М.: Когито-Центр, 2007.
23. *Коряков Я.И.* Репарационные процессы в психоанализе // *Выживание и безопасность терапевта в условиях аналитического сеттинга*, — Материалы III и IV конференций УрПАО, Екатеринбург: ООО «Горизонт-Авиа», 2006. — С. 45–49.
24. *Thieberger J.* The concept of reparation in Melanie Klein's Writing // *Melanie Klein and Object Relations*. — 1991. — Vol. 9(1), 32–46.
25. *Klein M.* Mourning and its relation to manic-depressive states. 1940.
26. *Винникотт Д.* Игра и реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
27. *Temple N.* When hope is attacked: Violence as a defence against guilt // *Bulletin of the European Psychoanalytic Federation*. — 1999. — Vol. 52.